

INFORMACIÓN SOBRE ABUSO O DESCUIDO DE NIÑOS REAL O SOSPECHADO

Michigan Department of Human Services

¿Se presentó una queja en forma telefónica al DHS?

Sí No
 ▶ Si es así, N° de Reg. _____
▶ Si no es así, comuníquese a su Oficina Local del DHS en forma inmediata

INSTRUCCIONES: PERSONA QUE INFORMA: Complete los ítems del 1 al 19 (del 20 al 28 deberán ser completados por personal médico, si corresponde). Envíe el formulario al DHS local del Condado donde se encontró al niño. Consulte instrucciones adicionales en el reverso.

1. Fecha

2. Lista de niños que se sospecha que fueron abusados o descuidados (Agregue hojas si es necesario)

NOMBRE	FECHA DE NAC.	N° SEGURO SOCIAL	SEXO	RAZA

3. Nombre de la madre

4. Nombre del padre

5. Domicilio del niño (N° y Calle)

6. Ciudad

7. Condado

8. N° Telefónico

9. Nombre del supuesto autor del abuso o descuido

10. Relación con el niño(s)

11. Persona(s) con que el niño(s) vivía cuando el abuso/ descuido sucedió

12. Domicilio, Ciudad y Código postal donde sucedió el abuso/ descuido

13. Describa lesiones o condiciones y razón para sospechar del abuso o negligencia

14. Fuente de la Queja (Agregue el código de quien informa a continuación)

- | | | |
|--|---|--|
| 01 Médico Privado/ Asistente del Médico | 11 Enfermero Escolar | 42 Asistente Social de Instalación del DHS |
| 02 Médico de Hospital/ Clínica/ Asistente del Médico | 12 Maestro | 43 Asistente Social de Instalación del DMH |
| 03 Médico Forense | 13 Administrador Escolar | 44 Otro Asistente Social Público |
| 04 Dentista/ Higienista Dental Registrado | 14 Consejero Escolar | 45 Asistente Social de Agencia Privada |
| 05 Audiólogo | 21 Agencia a Cargo de la Aplicación de la Ley | 46 Asistente Social de la Corte |
| 06 Enfermero (No Escolar) | 22 Personal de Casos de Violencia Doméstica | 47 Otro Asistente Social |
| 07 Paramédico/ Técnico de Emergencias | 23 Amigo de la Corte | 48 Empleado/ Supervisor de FIS/ES |
| 08 Psicólogo | 25 Clero | 49 Especialista/ Gerente de Serv. Soc. (CPS, FC, etc.) |
| 09 Terapeuta de Parejas/ Familiar | 31 Proveedor de Cuidado de Niños | 56 Personal de la Corte |
| 10 Orientador con Licencia | 41 Asistente Social de Hospital/ Clínica | |

15. Informe del nombre de la persona Cód. de Infor. (ver arriba) 15a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

15b. Domicilio (N° y Calle)

15c. Ciudad 15d. Est. 15e. Cód. Postal 15f. N° Telefónico

16. Informe del nombre de la persona Cód. de Infor. (ver arriba) 16a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

16b. Domicilio (N° y Calle)

16c. Ciudad 16d. Est. 16e. Cód. Postal 16f. N° Telefónico

17. Informe del nombre de la persona Cód. de Infor. (ver arriba) 17a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

17b. Domicilio (N° y Calle)

17c. Ciudad 17d. Est. 17e. Cód. Postal 17f. N° Telefónico

18. Informe del nombre de la persona Cód. de Infor. (ver arriba) 18a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

18b. Domicilio (N° y Calle)

18c. Ciudad 18d. Est. 18e. Cód. Postal 18f. N° Telefónico

19. Informe del nombre de la persona Cód. de Infor. (ver arriba) 19a. Nombre de la organización que informa (escuela, hospital, etc.)

19b. Domicilio (N° y Calle)

19c. Ciudad 19d. Est. 19e. Cód. Postal 19f. N° Telefónico

PARA SER COMPLETADO POR PERSONAL MÉDICO CUANDO SE HAYA REALIZADO EL EXAMEN FÍSICO

20. Resumen del informe y conclusiones del examen físico (Documentación Médica Adjunta)		
21. Informe del laboratorio		22. Rayos X
23. Otro (especifique)		24. Historia o signos físicos de abuso/ negligencia previa <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
25. Hospitalización o exámenes médicos previos de este niño		
FECHAS		LUGARES
26. Firma del Médico	27. Fecha	28. Hospital (si corresponde)
Department of Human Services (DHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.		AUTORIDAD: P.A. 238 de 1975. FINALIZACIÓN: Obligatoria. PENA: Ninguna.

INSTRUCCIONES

INFORMACIÓN GENERAL:

Este formulario deberá ser completado realizando el seguimiento escrito al reporte oral (como requerido en la Sec. 3 (1) de 1975 PA 238, como enmendado) y enviarse a la admisión centralizada de abuso & descuido. Indique si este reporte fue reportado telefónicamente al DHS como un reporte sospechado de CA/N. Si es así, indique el N° de Registro (si lo conoce). La persona que informa deberá llenar de la forma lo más completa posible los ítems 1 a 19. Solamente el personal médico deberá completar los ítems 22 a 30.

Enviar esta forma a:

Centralized Intake for Abuse & Neglect
 5321 28th Street Court S.E.
 Grand Rapids, MI 49546

O

Enviar por Fax esta forma a 616-977-8900 ó 616-977-8050 ó 616-977-1158 ó 616-977-1154

O

Enviar por correo electrónico a DHS-CPS-CIGroup@michigan.gov

- Fecha – Ingrese la fecha en que se completó el formulario.
- Haga una lista de los niños sospechados de sufrir abuso o descuido – Ingrese información válida para el niño(s) que se cree que fue abusado o descuidado. Indique si el niño presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
- Nombre de la madre – Ingrese el nombre de la madre (o madre sustituta) y otra información importante. Indique si la madre presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
- Nombre del padre – Ingrese el nombre del padre (o padre sustituto) y otra información disponible. Indique si el padre presenta una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
- 5-7 Domicilio del niño(s) – Ingrese el domicilio del niño(s).
8. Teléfono – Ingrese un número telefónico del hogar donde el niño(s) reside.
9. Nombre del supuesto autor del abuso o descuido – Indique el nombre de la persona(s) sospechada o supuestamente responsable del supuesto abuso o descuido.
10. Relación con el niño(s) – Indique la relación con el niño(s) del supuesto autor del descuido o abuso; es decir: padre, abuelo, niñera.
11. Persona(s) con quien el niño(s) vivía cuando el abuso/ descuido sucedió – Ingrese el nombre(s). Indique si los individuos presentan una incapacidad que pueda necesitar una ubicación.
12. Domicilio donde el abuso/ descuido sucedió.
13. Describa lesiones o condiciones y razón para sospechar que hubo abuso o descuido – Indique la razón para presentar un informe y la información disponible sobre el abuso o descuido.
14. Fuente de la queja – Marque la casilla adecuada indicando al grupo profesional o la categoría adecuada.

Nota: Si se sospecha que el abuso o descuido sucedió en un hospital, también marque donde dice hospital.

Instalación del DHS – Se refiere a cualquier hogar grupal, refugio, centro de rehabilitación o institución a cargo del Department of Human Services.

Instalación del DCH – Se refiere a cualquier institución o instalación a cargo del Department of Community Health.

15 – 19. Informe del nombre de la persona – Ingrese su nombre si está informando este asunto.